L'AUSCULTATION MÉDIATE

N.° 92.

PEUT-ELLE SERVIR AUX PROGRÈS DE LA MÉDECINE PRATIQUE ?

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 juin 1821, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR MÉRIADEC LAENNEC, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1821.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M. PELLETAN, *Examinateur.*
M. PINEL.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES, *Président*
M. DUMÉRIL, *Examinateur.*
M. DE JUSSIEU, *Examinateur.*
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.
M. FOUQUIER.
M. ROUX.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

OPTIMO PATRI,

GUILHELMO - FRANCISCO LAENNEC;

Doctori Medico Monspeliensi; nosocomiorum Nannetensium Medico, etc.

Quòd me ad bonas disciplinas informare semper conatus fuerit, primaque mihi tradiderit artis medicæ documenta;

NEC NON

PATRUELI FRATRI, ALTERI PATRI,

RENATO-THEOPHILO-HYACINTHO LAENNEC;

Doctori Medico Parisiensi; nosocomiorum Parisiensium Medico, etc.

Quòd me firmaverit in studio medico titubantem, et auscultationem intermediam ipsemet edocuerit,

HAS THESES INAUGURALES

D. D. D.

MERIADEC LAENNEC.

L'AUSCULTATION MÉDIATE

PEUT-ELLE SERVIR AUX PROGRÈS DE LA MÉDECINE PRATIQUE?

Ἐμοὶ δὲ τὸ μὲν τὶ τῶν μὴ εὑρισκομένων ἐξευρίσκειν, ὅ, τι καὶ εὑρεθὲν κρέσσον ἢ ἀνεξεύρετον, ξύνεσιος δοκέει ἐπιθύμημα τὲ καὶ ἔργον εἶναι· καὶ τὸ τὰ ἡμίεργα ἐς τέλος ἐξεργάζεσθαι ὡσαύτως. Τὸ δὲ λόγων οὐ καλῶν τέχνῃ τὰ τοῖς ἄλλοις εὑρημένα αἰσχύνειν προθυμέεσθαι, ἐπανορθοῦντα μὲν μηδὲν, διαβάλλοντα δὲ τὰ τῶν εἰδότων πρὸς τὰς μὴ εἰδότας ἐξευρήματα, οὐκέτι δοκέει ξύνεσιος ἐπιθύμημά τὲ καὶ ἔργον εἶναι, ἀλλὰ καταγγελίη μᾶλλον φύσιος, ἢ ἀτεχνίη. Ἱππ. περὶ τέχνης.

Découvrir quelque chose qu'il vaille mieux connaître qu'ignorer, amener à leur fin des travaux encore imparfaits, sont, à mon avis, le propre de l'intelligence et un but digne de ses efforts.... Mais s'efforcer par de malignes paroles de déprécier les découvertes d'autrui, les exposer sous un mauvais jour aux yeux de ceux qui ne les connaissent pas, et ne rien perfectionner, loin d'être un but digne des efforts de l'intelligence, ce n'est autre chose, suivant moi, que l'annonce d'un mauvais naturel ou de l'incapacité. HIPPOCRATE, *de l'Art.*

Les anciens regardaient la connaissance des signes des maladies comme une des plus essentielles à celui qui veut se livrer à la pratique de la médecine. « Celui qui peut reconnaître peut aussi guérir, » a dit *Hippocrate*; et quoique cette sentence ne soit pas rigoureusement vraie, elle prouve du moins que, dès l'origine de l'art, on avait senti que pour être médecin il ne suffisait pas de bien connaître les médicamens et l'effet qu'on peut en attendre, elle explique pourquoi les médecins grecs observaient avec une attention si minutieuse le moindre changement qui survenait dans quel-

qu'une des fonctions ou des habitudes du malade. C'était en effet le seul moyen qu'ils eussent de connaître les maladies, puisqu'ils étaient privés, ou à peu près, des lumières que peut donner l'anatomie, et surtout l'anatomie pathologique humaine. Ce furent ces observations souvent répétées qui les conduisirent à établir ces règles de prognostic, que l'on doit regarder comme le modèle de la plus grande perfection à laquelle on puisse, à force de temps et de patience, porter un calcul de probabilités.

Mais, comme ils ne connaissaient guère des maladies que le trouble qu'elles excitent dans les fonctions, comme ils n'avaient pour les distinguer l'une de l'autre que les variétés apparentes de ce trouble, le nombre des maladies devait leur paraître moindre, leurs différences étaient peu tranchées, et ce qu'elles ont de commun entre elles était ce qu'elles présentaient à leurs yeux de plus saillant. Privés d'ailleurs de beaucoup de médicamens énergiques, et particulièrement de ceux que l'on désigne sous le nom de *spécifiques*, ils devaient attacher généralement moins d'importance aux symptômes propres, qui seuls auraient pu cependant leur faire distinguer une maladie de toute autre, qu'aux symptômes communs par lesquels ils jugeaient la force de la maladie, et appréciaient plus ou moins bien ce qu'ils devaient craindre ou espérer.

Cependant l'étude des cas chirurgicaux leur avait appris que des maladies fort semblables, quant à leurs effets généraux sur l'économie, pouvaient avoir un siége différent, et être dues à des altérations organiques d'une nature très-diverse. C'est sans doute ce qui les conduisit d'abord à distinguer et à dénommer les maladies internes qui s'annoncent par une série constante de symptômes, ou par quelque symptôme prédominant, telles que l'apoplexie, l'épilepsie, la péripneumonie, la pleurésie, la dysenterie, les fièvres continues et les fièvres intermittentes, etc. Bientôt ils sentirent la nécessité d'éclairer par l'anatomie ces distinctions d'espèces. La lecture des écrits d'*Hippocrate*, et l'indication assez positive qu'on y trouve sur la nature de plusieurs maladies internes, prouvent

qu'ils s'y étaient livrés autant que les obstacles qu'ils rencontraient pouvaient le leur permettre. Ils sentirent également la nécessité de ne pas se borner à la simple inspection des malades, mais de l'aider autant que possible de l'application médiate ou immédiate des autres sens, afin de rapprocher ainsi l'étude des maladies internes de celle des affections chirurgicales. De là, plusieurs moyens d'exploration qui furent connus dès l'origine de l'art; le toucher dans les maladies de l'utérus; la sonde dans les plaies et le calcul de la vessie, la pression du doigt dans l'anasarque, la percussion de l'abdomen dans l'ascite, l'abaissement forcé de la langue dans les affections des amygdales et du pharynx, l'action de palper dans les maladies abdominales; la pression employée pour constater la rénitence ou la flaccidité, la douleur ou l'indolence; les *speculum uteri* imaginés plus tard, etc. De là également la succussion de la poitrine et l'auscultation immédiate proposées par *Hippocrate* pour reconnaître l'empyème.

Doit-on donc reprocher à ceux des modernes qui se sont efforcés de reculer les bornes de l'art sous ce rapport d'avoir méconnu les préceptes de leurs premiers maîtres, et d'avoir négligé la véritable étude des maladies? Croit-on que, si les anciens eussent pu, comme les modernes, s'assurer par l'ouverture des cadavres du véritable siége des maladies, ils se fussent bornés à conjecturer plus ou moins habilement sur la face les sueurs, les crachats, les urines, les excrémens, et plus tard sur le pouls? Croit-on qu'ils eussent jugé inutile un moyen qui leur eût donné la facilité de reconnaître avec la précision la plus grande des maladies aussi graves et aussi fréquentes que celles des poumons et du cœur? Croit-on enfin qu'ils eussent cherché à jeter de la prévention ou du ridicule sur ce moyen, uniquement parce qu'il eût été nouveau, et sans avoir rien de mieux à lui substituer? (*Voy.* l'épigr.)

On s'est proposé, dans cette dissertation, d'examiner si l'*auscultation médiate*, appliquée à l'étude des maladies des poumons et du cœur, ne doit donner d'autre résultat que la découverte de quelques

faits curieux de physique et de physiologie, ou si elle peut être d'une utilité réelle et pratique pour la médecine. On a trouvé que la première partie de cette proposition devait être résolue négativement, et la seconde affirmativement; et cette conclusion a paru résulter de l'examen des cinq questions suivantes : 1.° l'auscultation médiate a-t-elle fourni à la médecine-pratique des signes d'une certitude égale, et quelquefois supérieure à celle des signes des maladies chirurgicales? 2.° A-t-elle augmenté la valeur de tous les autres signes des maladies des poumons et du cœur, et en particulier de ceux que fournissent la percussion, la succussion et la mensuration de la poitrine? 3.° A-t-elle fait reconnaître la fréquence de quelques maladies crues fort rares avant elles? 4.° Sous ce triple rapport, n'a-t-elle jeté aucune lumière nouvelle sur le traitement des maladies de poitrine? et n'a-t-elle pas aussi fourni quelques données utiles pour le traitement de maladies étrangères aux organes thoraciques? 5.° A-t-on fait jusqu'ici quelque objection solide contre l'emploi de cette méthode?

L'examen de ces cinq questions, fait avec le talent et l'étendue convenables, eût sans doute suffi pour faire apprécier à sa valeur réelle une méthode d'exploration rejetée avec trop de légèreté par quelques personnes. Il eût prouvé peut-être que le praticien étranger à cette méthode, réunît-il même au plus haut degré les dons naturels et les qualités acquises qui font un médecin du premier ordre, sera toujours inférieur, en tout ce qui concerne la connaissance des maladies de poitrine, au médecin, d'ailleurs médiocre à tous égards, qui saura s'en servir. Ce faible essai ne peut prétendre à un pareil résultat. On n'a voulu qu'y exposer quelques réflexions que l'usage constant et journalier de l'auscultation médiate a fait naître, et que l'on a crues dignes de quelque attention.

§. I.er

L'auscultation médiate a fourni à la médecine pratique des signes d'une certitude égale et quelquefois supérieure à celle des signes des maladies chirurgicales.

Cette proposition peut paraître au premier coup-d'œil paradoxale. Mais, si l'on veut être de bonne foi et ne point considérer, comme on a affecté plusieurs fois de le faire, l'auscultation médiate isolément des autres méthodes d'exploration connues avant elle, et dont elle est un auxiliaire indispensable, on verra qu'elle donne au diagnostic des maladies de poitrine un degré de certitude tel, qu'on ne peut mieux le comparer qu'à celui que la chirurgie obtient de l'emploi bien entendu des sens et de la sonde. Il suffira, pour s'en convaincre, de rapprocher les unes des autres, sous ce rapport, les maladies chirurgicales et celles des poumons et du cœur. On a essayé ici quelques rapprochemens de ce genre qui pourront peut-être fournir un commencement de preuves.

1.° Il est en général assez facile de reconnaître les lésions de continuité, tels que les plaies, les ulcères et les fistules. Il suffit même ordinairement d'un simple coup-d'œil pour apprécier l'étendue, la direction et quelquefois la profondeur d'une plaie simple; ou, s'il est nécessaire de joindre à l'exploration de la vue celle du toucher, il est rare que l'emploi combiné de ces deux sens ne conduise pas à une connaissance exacte de la lésion. On peut dire que le diagnostic de la pleurésie est maintenant susceptible d'une exactitude aussi grande; et l'on ne parle ici que de la pleurésie chronique et latente, supposant pour un moment que le diagnostic de la pleurésie aiguë soit toujours assez facile à établir pour ne pas nécessiter l'emploi de l'auscultation. Le médecin un peu familiarisé avec cette méthode d'exploration reconnaîtra de suite l'épanchement formé dans les plèvres; il saura si cet épanchement est abondant,

si le poumon est fortement comprimé, s'il existe autre chose qu'un épanchement, etc. L'existence de l'*égophonie*, l'absence ou une très-forte diminution du bruit respiratoire, le son mat obtenu par la percussion, seront pour lui des signes sûrs et fidèles. Il appréciera également bien les progrès de la guérison par le retour successif du bruit respiratoire, du son de la poitrine et la disparition de l'égophonie, signes auxquels la mensuration de la poitrine ajoutera un degré de certitude de plus. Si l'épanchement devient de plus en plus considérable, l'absence à peu près complète du bruit respiratoire, la cessation brusque de l'égophonie et la dilatation sensible du côté affecté le lui indiqueront d'une manière précise, et le mettront à même de porter son prognostic avec assurance dans des cas où l'observation des symptômes généraux et de la marche de la maladie ne lui eussent rien appris. Le chirurgien le plus habile obtient-il quelque chose de plus de la vue et du toucher, soit immédiat, soit médiat, dans les cas d'une simple lésion de continuité? Peut-il prononcer avec autant d'assurance sur toutes celles qui s'éloignent un peu de cet état de simplicité? Quand on réfléchit sur l'obscurité des signes qui peuvent indiquer qu'une plaie voisine d'une grande cavité y pénètre ou non, quand on voit avec quelle peine on reconnaît souvent dans une plaie d'arme à feu la présence du corps vulnérant, son trajet et sa position; quand on voit combien il est facile de confondre un ulcère sarcomateux avec un ulcère variqueux, une fistule stercorale avec une fistule urinaire, etc., ne peut-on croire que les signes de la pleurésie méritent plus de confiance que ceux de la plupart des lésions de continuité? La supériorité serait plus encore en faveur de la médecine, si on opposait aux lésions ci-dessus le pneumo-thorax, simple ou compliqué d'empyème, maladie qui cependant, faute de signes suffisans pour la constater, était restée à peu près inconnue jusqu'à la découverte de l'auscultation. En effet, si le pneumo-thorax est simple, deux signes certains l'indiquent sur-le-champ: une résonnance parfaite de la poitrine coïncidant avec l'absence totale du bruit respiratoire,

signes que viennent ensuite confirmer l'état inverse du côté sain, et la dilatation du côté affecté. S'il se joint au pneumo-thorax un épanchement liquide (ce qui arrive souvent), on en est instruit par la succussion hippocratique et la résonnance bornée à la partie supérieure de la poitrine. Si enfin (et ce cas, quoique plus compliqué, n'est pas non plus très-rare) une fistule pulmonaire existe en même temps que les lésions ci-dessus et en a été la cause en établissant une communication entre les bronches et la plèvre, le *tintement métallique* fera connaître cette circonstance; et si, comme il arrive ordinairement, la fistule a été produite par une excavation ulcéreuse du poumon, la *pectoriloquie* aura déjà averti de son existence à une époque antérieure de la maladie. La sonde, la vue, le toucher, l'ébranlement du séquestre, la position des ouvertures fistuleuses, la quantité et les qualités de la suppuration, indiqueront-ils plus sûrement dans une plaie compliquée l'existence et l'étendue d'une portion d'os nécrosée ?

2.° Si des lésions de continuité on passe à la classe nombreuse d'affections désignées par la plupart des chirurgiens sous la dénomination de *tumeurs*, on verra qu'il n'en est aucune qui ait des signes plus certains que la péripneumonie aiguë ou chronique, que le catarrhe pulmonaire, que l'emphysème du poumon, etc. Le diagnostic d'un grand nombre d'entre elles est même si difficile à établir, qu'on ne peut les opposer qu'à ces maladies des poumons rares et obscures, telles que les kystes, les mélanoses, les tumeurs cérébriformes, etc., développées dans ces organes. La plupart des lipomes, des stéatomes, des mélicéris, des indurations squirrheuses ou non squirrheuses, sont inconnus, au moins sous le rapport de leur nature, jusqu'à ce qu'on en ait fait l'ablation. Les nombreux efforts que la chirurgie a faits dans tous les temps pour arriver à un diagnostic exact des tumeurs sanguines, et en particulier des anévrismes, des tumeurs lymphatiques, des tumeurs formées par l'accumulation des humeurs excrémentitielles dans leurs canaux ou dans leurs réservoirs, de celles formées par le déplacement des

parties molles, prouvent assez, ce semble, combien les signes de ces diverses affections, quoique plus sûrs que ceux des tumeurs précédentes, sont encore insuffisans dans bien des circonstances. Les signes de la péripneumonie, de l'œdème des poumons et de l'apoplexie pulmonaire, ceux du catarrhe chronique et ceux de l'emphysème des poumons, quoique moins tranchés que ceux de la pleurésie et du pneumo-thorax, le sont assez cependant pour qu'avec un peu d'attention on ne se trompe que bien rarement. Il est certainement beaucoup plus facile de distinguer une apoplexie pulmonaire d'une péripneumonie qu'un anévrisme d'une tumeur développée sur une artère et soulevée par elle à chaque battement; et l'erreur, si elle pouvait avoir lieu, aurait du moins des conséquences moins graves. La première de ces maladies est aussi bien caractérisée par l'audition du *râle crépitant* dans une partie peu étendue de la poitrine, et par l'hémoptysie qui l'accompagne, qu'une tumeur érectile l'est par son aspect fongueux et le sang qu'elle laisse échapper, qu'une hydrocèle l'est par sa transparence et la lenteur de son accroissement, qu'une tumeur cancéreuse l'est par ses bosselures, sa couleur livide, l'engorgement des vaisseaux qui l'entourent et les douleurs lancinantes dont elle est le siége. Enfin est-il une seule hernie dont le diagnostic puisse être plus exactement établi dans toutes les circonstances que celui de l'emphysème des poumons ou du catarrhe chronique muqueux?

Les maladies internes dont il vient d'être parlé ne peuvent, dans presque aucun cas, échapper à l'observation du médecin qui aura complètement exploré la poitrine ; ou si quelquefois une complication lui échappe, soit parce que son attention est fatiguée, soit à raison de son peu d'importance, on peut du moins croire que les lésions graves et principales seront toujours reconnues par lui. Le nombre de ses erreurs paraîtra certainement fort petit, si on le compare aux cas nombreux où l'on a vu des chirurgiens instruits prendre diverses tumeurs pour des hernies, et *vice versâ;* un anévrisme ou un bubonocèle pour un abcès, un engorgement du scrotum pour

un sarcocèle, un phlegmon pour une induration squirrheuse ou pour une loupe, un kyste développé sur le trajet d'une artère pour un anévrisme, une fracture du col du fémur pour une contusion, etc. (*Voyez* Guattani, *de ext. aneurysm.*, obs. 4. — Stalpaart van der Wiel, *Obs. rarior. medic. anatomic. et chirurg.* — Vogel, *Observ. chirurg. medic. et obstetric. decas.*, p. 13. — Th. Reinesii, *Schol. jurisc. medic.*, p. 321. — Dehaen, *Rat. medend.*, pars 5. — Delius, *Obs. medic.*, p. 3. — Heister; *de hern. incarcerat.* — Lamothe, Traité de chirurg., t. 1, obs. 34, 35, 63. — Garengeot, Opér. de chir., t. 1, p. 369. — Petit, Malad. chir., t. 2, p. 298. — Desault, Journ. de chir., t. 1, n° 28. — Richter, Traité des hernies, chap. 6.)

3.° Si l'on oppose, sous le rapport de la certitude des signes, le calcul de la vessie à la phthisie pulmonaire, on verra qu'il y a une certaine analogie entre ces deux maladies. Ainsi, dans le principe, les signes de l'une et de l'autre sont fort obscurs. Une douleur vague vers la vessie, une dysurie peu pénible encore, quelques démangeaisons à l'extrémité de l'urètre ne suffisent pas pour faire croire à l'existence d'un calcul de la vessie; de même qu'une petite toux sèche, quelques douleurs obscures dans la poitrine, une expuition de crachats gris et filans, ne prouvent pas l'existence d'une phthisie pulmonaire. Mais, lorsque ces symptômes généraux sont devenus plus alarmans, la sonde d'une part, et le stéthoscope (1) de l'autre,

---

(1) Je continue de me servir de ce nom, quoique le *principal rédacteur* du Dictionnaire des sciences médicales ait cru démontrer que le mot *pectoriloque* convenait mieux que le mot *stéthoscope* pour désigner l'instrument de M. *Laënnec*, *par la raison*, dit-il, *que la poitrine rend plutôt des sons qu'elle ne voit.* (Dict. des sc. méd., t, XL, p. 9.) Sans doute ce médecin, dont je suis loin au reste de contester le mérite à tous autres égards, a un peu négligé l'étude de la langue grecque; car il eut su que le verbe σκοπεω ou σκοπευω ne signifie pas seulement *voir*, mais bien aussi, et plus généralement, *épier*, *explorer*, *espionner*, *guetter*; or on *épie* ou on *explore* par l'ouïe comme par la vue. Je ne crois pas d'ailleurs que

viennent fournir au praticien des signes certains et univoques qui fixent son diagnostic. Cependant on doit encore avouer que ceux que fournit la sonde n'ont pas toute la certitude de ceux fournis par le stéthoscope. La *pectoriloquie*, jointe ou non au *gargouillement*, ne trompe jamais, surtout quand elle est parfaite, et indique précisément le siége et la grandeur de l'excavation tuberculeuse, lorsqu'au contraire une tumeur fongueuse développée sur les parois internes de la vessie, des replis trop saillans de la muqueuse de cet organe peuvent faire croire à une pierre qui n'existe pas. On n'a d'ailleurs aucun signe qui puisse faire connaître si la pierre est adhérente ou non, si elle est fixée en quelque endroit de la vessie ou nichée dans quelque cavité particulière (*Ledran*, Opérat. de chirurgie, t. 1, p. 251) ; et il est presque toujours impossible d'en apprécier exactement le volume, la forme et la consistance; tandis que l'étendue des excavations tuberculeuses peut être déterminée avec une exactitude presque géométrique. Les recueils d'observations de chirurgie contiennent un grand nombre d'exemples de calculs méconnus, d'opérations de taille malheureuses faute d'avoir pu bien apprécier le volume ou la consistance du calcul; et l'on sait même qu'il n'est que trop souvent arrivé, non-seulement à des chirurgiens vulgaires, mais aux maîtres de l'art, de tailler des gens qui n'avaient pas la pierre. (*Voyez* Ledran, Opérat. de chir., t. 1, p. 282. — Hollerius, *de morb. intern.*, lib. 1, cap. 49. — Pechlin, *Obs. physic. medicor.*, lib. 1, obs. 5 et 10. — Cadran, Histoire de l'acad. des sciences, année 1730. — Houstet, Mémoires de l'acad. de chir., t. 1, p. 395. — Riedlini, *Lineæ medicæ*, an. 1698, mens. august. — *Ephemer. natur. curiosor.*, append. ad cent. 1 et 2, p. 201. — Desault, Journ. de chir., t. 3, n° 87. — Morgagni, *de sed. et caus. morb.*, epist. 42, §. 2.) Si l'usage de l'auscultation médiate devient un jour général, on peut espérer avec quelque raison que

---

dans les mots composés du genre de celui-ci on se soit jamais permis de regarder le nom comme sujet du verbe, et non comme son régime.

les recueils d'observations de médecine contiendront peu d'exemples de phthisies pulmonaires méconnues.

4.° Enfin, si l'on veut opposer les signes des maladies du cœur à ceux des maladies des os, ce ne sera point sans quelque avantage pour les premiers. Un examen impartial prouvera peut-être que la déformation d'un membre, l'impossibilité de tous les mouvemens ordinaires ou de quelques-uns seulement, la possibilité d'un mouvement insolite, le raccourcissement, et enfin la crépitation, ne sont pas des signes aussi certains d'une fracture que l'impulsion ressentie aux deux régions précordiales, le peu de son et le peu d'étendue des battemens du cœur le sont d'un épaississement des parois de cet organe. L'étendue et le son des mêmes battemens, et leur peu d'impulsion, paraîtront sans doute des signes également certains de la dilatation du cœur et de l'amincissement de ses parois; tandis que la tuméfaction développée vis-à-vis une articulation, la douleur, la déformation, l'impossibilité de tous ou de presque tous les mouvemens ordinaires, etc., ne le sont pas toujours d'une luxation. On verra qu'il n'est pas une maladie organique des os qu'il soit aussi facile de reconnaître que l'obstacle mis au cours du sang par l'ossification de quelqu'une des valvules du cœur; qu'il n'est pas une maladie de cet organe qui ne présente maintenant des signes plus tranchés que ceux d'une fracture du col du fémur, d'une luxation de la tête de cet os, d'une luxation du pied compliquée de fracture, etc. On verra enfin que, si l'auscultation médiate ne peut être que d'une utilité médiocre pour le diagnostic des anévrismes de l'aorte et de la péricardite, il est aussi des maladies des os pour lesquelles on cherchera long-temps des signes positifs; les exostoses développées à l'intérieur des os plats, celles du canal médullaire des os longs, celles qui rétrécissent un des diamètres du bassin, etc.

Ces rapprochemens, quoique imparfaits et trop peu développés, suffisent cependant pour faire voir que la proposition qui fait le sujet de cet article est susceptible d'être rigoureusement démontrée. On n'objectera pas sans doute que quelques observations isolées ne

prouvent rien contre l'art ; car ce n'est point assurément dans cette intention que l'on a cru devoir en citer quelques-unes ici. On a voulu seulement faire sentir la nécessité de chercher toujours à obtenir des signes univoques, sensibles et faciles à saisir; et montrer que, s'il est possible de se tromper encore quelquefois avec des signes en général aussi clairs que ceux des maladies chirurgicales, une méthode d'exploration qui en a fourni d'aussi sûrs pour une classe de maladies plus graves en général, et surtout beaucoup plus fréquentes, ne peut être une découverte inutile pour la médecine pratique.

§. II.

L'auscultation médiate a augmenté la valeur de tous les autres signes des maladies de poitrine, et particulièrement de ceux que donnent la percussion, la succussion et la mensuration du thorax.

La percussion est sans doute une belle et importante découverte. La simplicité de l'idée et du procédé, la certitude qu'elle donne au diagnostic dans des cas où l'on était réduit à *conjecturer*, laissent à peine comprendre qu'il ait fallu cent soixante ans et les travaux de M. *Corvisart* pour faire rendre à l'auteur la justice qu'il méritait, et faire connaître sa méthode à l'Europe et à sa patrie même. Cependant cette méthode, seule ou aidée seulement des symptômes généraux, ne donne guère un diagnostic convaincant que dans les péripneumonies et pleurésies d'une certaine étendue; encore ne peut-elle faire distinguer ces deux maladies l'une de l'autre. Elle ne donne aucun signe constant chez les sujets gras ou infiltrés, ou dans les affections qui n'intéressent que les parties inférieures de la cavité thoracique; elle induit en erreur dans le pneumothorax, en faisant regarder le côté sain comme malade, et le côté affecté comme sain; dans l'emphysème du poumon, en faisant regarder comme sains des poumons dont l'organisation est prodigieusement altérée, etc. Si l'on ajoute l'auscultation médiate à la per-

cussion, on reconnaît sur-le-champ ces divers cas aussi sûrement et avec une conviction aussi pleine que si l'on avait sous les yeux les pièces pathologiques. L'égophonie et la diminution très-grande du bruit respiratoire, excepté à la racine du poumon, indiqueront la pleurésie; la diminution de la respiration et le râle crépitant, l'*engouement* pulmonaire ou péripneumonie au premier degré; l'absence totale de ce même bruit, l'*hépatisation* ou péripneumonie au second degré. Le son mat obtenu par la percussion dans les trois cas, et qui seul n'eût pu les faire distinguer, concourra à donner au diagnostic le plus haut degré de certitude. L'emphysème du poumon se reconnaîtra sans peine à une respiration très-faible ou presque nulle, et par momens accompagnée du râle sibilant, aux variations fréquentes de l'intensité de ces phénomènes et du lieu où ils sont le plus marqués; la persistance d'un son clair dans toute l'étendue de la poitrine confirmera le diagnostic au lieu de faire ranger la maladie dans la classe des affections nerveuses, comme elle l'eût fait nécessairement, si l'on se fût borné à la percussion. Dans le pneumo-thorax, l'absence totale du bruit respiratoire dans le côté sonore indiquera à l'instant, et d'une manière certaine, une maladie dont on n'a peut-être jamais soupçonné l'existence sur le vivant avant la découverte du stéthoscope. L'existence d'une respiration *puérile*, c'est-à-dire parfaite et énergique dans le côté dont le son est plus mat, ne permettra pas de regarder ce côté comme malade, ce qui fût arrivé infailliblement, si l'on s'en fût tenu à percuter la poitrine. L'infiltration ou l'obésité, portées au plus haut degré, ne nuiront point à la certitude de ces diagnostics; car les résultats de l'auscultation seront les mêmes, et la percussion ne devant plus donner qu'un signe accessoire et confirmatif, la plus légère différence de son dans les deux côtés suffit, et devient d'ailleurs appréciable à l'oreille, avertie par la différence plus grande qu'a donnée le stéthoscope.

La succussion de la poitrine ne donnerait aucun résultat sans l'auscultation. La fluctuation thoracique n'a lieu que dans un seul

cas; celui de la coexistence de deux épanchemens, l'un gazeux et l'autre liquide. Elle ne peut avoir lieu lorsqu'il n'y a qu'un épanchement liquide, et c'était à tort qu'*Hippocrate* la regardait comme un signe d'empyème. De là sans doute l'abandon total où était tombée la succussion, qui n'a peut-être jamais été mise en pratique depuis les médecins grecs; car le petit nombre d'exemples de fluctuation thoracique rapportés par les observateurs sont des cas de fluctuation reconnue par hasard lors de quelque mouvement des malades. Dans le cas unique même où cette méthode est applicable, on pourrait, en se bornant à elle seule, éprouver quelque embarras pour déterminer de quel côté est l'épanchement, ou même s'il existe dans la poitrine ou dans l'estomac (1). La percussion ne pourrait ici éclairer que fort peu, puisqu'il existe à la fois épanchement gazeux et purulent; et si le premier est plus considérable, si surtout il a lieu à droite, la percussion pourrait induire en erreur, en présentant une poitrine sonore, absolument comme dans l'état de santé. Car il est d'observation que, chez les personnes les mieux portantes et qui ont la poitrine très-bien conformée, il existe presque toujours à la partie inférieure du côté droit une légère différence de son causée par la présence du foie.

La mensuration du thorax ne se faisait guère qu'à vue d'œil. M. *Bayle* est peut-être le premier observateur qui ait cherché à tirer parti de cette méthode. Il avait reconnu que la poitrine se rétrécit chez les phthisiques; et à ce signe, il s'était regardé lui-même, longtemps avant sa mort, comme attaqué de cette maladie. Mais, dans la pratique vulgaire, la mensuration du thorax se bornait à reconnaître l'ampleur plus grande du côté affecté dans l'empyème, et à la regarder comme un signe confirmatif et pathognomonique de cette maladie. L'auteur du Traité de l'auscultation a prouvé qu'elle

---

(1) Un des élèves qui suivaient la visite de mon cousin à l'hôpital Necker faisait entendre fort distinctement le bruit de fluctuation dans son estomac, lorsqu'il avalait un verre d'eau à quelque distance des repas.

ne l'est pas, et qu'il est un cas fort commun dans lequel le côté le plus ample de la poitrine est le côté sain. (*Voyez* Auscult. med., article *rétrécissement de la poitrine*, t. 1, p. 369.) Actuellement la mensuration de la poitrine, soit à l'œil, soit à l'aide d'un ruban, devient utile pour reconnaître un épanchement quelconque, et pour rendre la conviction plus forte et plus prompte dans un grand nombre de cas. Il suffit, pour établir ce fait, de rappeler que, dans les pleurésies aiguës, le côté affecté est presque toujours sensiblement dilaté, et qu'il l'est toujours pour peu que l'épanchement soit considérable. Lors donc que, dans une pleurésie, la respiration s'entend encore, quoique plus faiblement; lorsque l'égophonie est assez peu marquée pour pouvoir être confondue avec la résonnance naturelle de la voix à la racine des bronches; lorsque la percussion donne un résultat équivoque, soit à raison de l'infiltration ou de l'obésité, soit parce que l'épanchement n'occupe que la partie inférieure droite du thorax, soit parce que, occupant la partie inférieure gauche, l'estomac est rempli de vents qui rendent cette partie sonore, la mensuration vient éclairer le diagnostic et rendre certains tous les signes jusqu'alors douteux. Lorsqu'un malade attaqué depuis long-temps d'une pleurésie latente se présente dans un hôpital, et qu'il ne peut rendre un compte exact de l'origine et des progrès de sa maladie, ce qui arrive presque toujours dans ce cas, la mensuration de la poitrine devient encore extrêmement utile; car, si le côté affecté n'est pas sensiblement plus dilaté que le côté sain, et surtout s'il l'est moins, on peut être assuré que l'épanchement a déjà diminué, et par conséquent que la maladie tend à la guérison. Ce signe sert encore à faire distinguer une pleuro-péripneumonie d'une péripneumonie simple. Lorsque, dans ce cas, on a reconnu l'affection inflammatoire de la poitrine à l'absence du son et du bruit respiratoire, si l'égophonie est peu marquée et les crachats péripneumoniques très-caractérisés, si l'absence du bruit respiratoire est totale, on pourrait croire que la péripneumonie est simple; mais, en examinant attentivement la poitrine nue, on re-

connaîtra sans peine que le côté affecté est plus volumineux que l'autre; et dès-lors l'égophonie, recherchée de nouveau et comparée avec la résonnance de la voix à la racine du poumon sain, ne paraîtra plus douteuse, et l'existence d'un épanchement pleurétique sera certaine.

Les principaux inconvéniens de la mensuration, sont, 1.° de n'être pas un signe assez saillant pour être aperçu sans attention, et lorsque le malade est habillé ou même vêtu d'une simple chemise; 2.° de ne pouvoir indiquer par elle-même, et seule, si le côté le plus ample est dilaté, ou si le côté opposé est rétréci, et par conséquent lequel des deux est affecté. (*Voyez* Auscult. méd. — art. *rétrécissement de la poitrine. — Emphysème du poumon. — Pleurésie. — Pneumothorax.*) Mais ces inconvéniens ne font que prouver la proposition qu'il s'agit d'établir, puisque, uni aux signes fournis par l'auscultation médiate, le signe fourni par la mensuration devient utile et d'une certitude absolue dans un grand nombre de cas, et dans des cas qui se rencontrent frequemment; et quoiqu'il ne soit jamais absolument nécessaire, et qu'il ne serve que comme signe confirmatif, il n'en est pas moins précieux, parce qu'un signe purement physique, et qui devient facile à reconnaître dès qu'on est averti de le chercher, porte toujours avec lui un degré de plus de cette conviction intime dont le praticien a souvent besoin pour se déterminer à prendre un parti.

Il eût été facile de s'étendre plus longuement sur la proposition qui fait l'objet de cet article; mais, outre que cela passerait les bornes d'une simple dissertation, on ne ferait que répéter ici ce qui se trouve implicitement ou explicitement dans beaucoup d'endroits du *Traité de l'auscultation médiate*. (*Voyez* Auscult. méd., tome 1, pages 13, 175, 176, 219, 220, 346, 347, 352, 353, 379, 448, 449, 450; tome 2, pages 72, 110, 111, 112, 188, etc.) On se contentera de faire observer que les médecins qui s'opiniâtrent à repousser la découverte de M. *Laënnec* comme inutile, ne cessent de vanter comme aussi exacte et d'un emploi plus facile la méthode

d'*Avenbrugger*, qu'ils employaient pour la plupart bien rarement auparavant. Si l'auscultation médiate peut de cette manière rendre plus général l'emploi de la percussion, ce sera du moins un véritable service qu'elle aura rendu, surtout si ceux qui se borneront à percuter savent apprécier les bons conseils que donne à cet égard l'auteur que nous venons de citer. (*Voyez* Ausc. méd., tome 1, pages 180 et 181.) On peut croire même que, s'ils emploient la percussion avec assez d'attention et de suite pour en tirer tout le parti possible, ils ne tarderont pas à revenir de leurs préventions contre l'auscultation; que, dans le cas contraire, ils abandonneront la percussion elle-même, ou ne l'emploieront que dans quelques cas rares, ainsi qu'il est arrivé au plus grand nombre des élèves de M. *Corvisart.*

§. III.

L'auscultation médiate a fait reconnaître la fréquence de plusieurs maladies regardées jusqu'ici comme fort rares, et a fait mieux connaître leur nature ainsi que celle de plusieurs autres.

A la tête de ces maladies on doit placer l'emphysème des poumons; maladie que l'on peut regarder comme tout-à-fait inconnue avant la découverte de l'auscultation, soit sous le rapport de ses caractères anatomiques, soit sous celui de sa cause, soit sous celui de la corrélation de la lésion qui le caractérise avec ses symptômes. Le nombre des observations de cas anatomiques de ce genre qui existaient dans les fastes de l'art est si petit, qu'il ne pouvait faire connaître que très-imparfaitement la lésion en elle-même; et que, loin d'indiquer à quel ordre de symptômes elle se rapportait, il n'aurait pas même permis de soupçonner qu'une semblable altération fût la cause la plus ordinaire d'une maladie aussi commune que l'asthme. L'auscultation médiate a fait de plus distinguer une autre espèce d'asthme tout-à-fait opposée par la nature de son

signe pathognomonique, et dans laquelle, malgré la gêne souvent extrême de la respiration, le bruit respiratoire transmis par le stéthoscope a toute l'énergie qui caractérise la respiration des enfans. Tout annonce que des observations répétées feront reconnaître que ce signe existe dans deux espèces d'asthme très-tranchées; l'une, dans laquelle l'énergie de la respiration est due seulement à un besoin de respirer plus grand que dans l'état naturel, sans qu'il existe de lésion dans le poumon; et l'autre, dans laquelle l'intensité du bruit respiratoire est due à la dilatation des bronches par un catarrhe chronique, affection organique qui avait aussi à peu près échappé à l'attention des observateurs, et que M. *Cayol* fit connaître pour la première fois il y a quelques années. L'examen de ces divers cas a prouvé, 1.° que les asthmes idiopathiques, loin d'être aussi rares qu'on le pensait généralement depuis la publication de l'ouvrage de M. *Corvisart*, sont au contraire beaucoup plus communs que ne le croyaient les anciens praticiens; 2.° que, quoique les maladies du cœur produisent par elles-mêmes un degré de dyspnée quelquefois très-intense, lorsqu'il existe à la fois maladie du cœur et emphysème du poumon, la seconde de ces maladies a presque toujours été la cause de la première; 3.° que l'asthme purement nerveux est le plus rare de tous, puisqu'il n'a lieu que dans le cas où la respiration, quoique parfaite, ne suffit pas au besoin de respirer. Cette dernière espèce n'est ordinairement qu'un accident passager, compliquant une affection nerveuse cérébrale ou abdominale, ou une maladie aiguë. L'emphysème du poumon, au contraire, et la dilatation des bronches paraissant être, à proprement parler, l'asthme idiopathique des praticiens, le premier se rapporterait assez à l'*asthme sec*, et la seconde à l'*asthme humide*. Cependant ces anciennes dénominations donneraient quelquefois une fausse idée de ces maladies; car, quoique l'emphysème du poumon n'occasionne ordinairement qu'une toux sèche et très-rare, il est par momens accompagné d'une expectoration catarrhale abondante; et la dilatation des bronches, quoique produite par un catarrhe muqueux chro-

nique, peut exister aussi avec des suspensions assez longues de l'expectoration.

Le pneumothorax était aussi regardé comme une affection extrêmement rare; il n'était même connu que depuis peu d'années, et seulement par quelques observations anatomiques faites de loin en loin, et dont aucune n'avait présenté la maladie dans son état de simplicité; tous les cas publiés étaient des exemples de pneumothorax compliquant un épanchement purulent dans la plèvre. L'impossibilité de reconnaître cette affection sur le vivant, et la facilité avec laquelle ses traces disparaissent sur le cadavre quand on ouvre la poitrine sans précautions, sont les seules causes qui l'ont fait regarder comme très-rare, puisque M. *Laënnec* l'a rencontrée une douzaine de fois dans l'espace de moins de deux ans, et que, depuis la publication de son ouvrage, MM. *Récamier* et *Cayol* l'ont pareillement observée plusieurs fois.

L'apoplexie pulmonaire devait aussi sans doute être rangée parmi les cas les plus rares, puisqu'on n'en connaissait que deux ou trois exemples. On ignorait quels pouvaient être ses symptômes, puisque dans ces cas les malades, après s'être couchés sans rien éprouver qui annonçât une maladie sérieuse, avaient été trouvés morts dans leur lit. (*Voyez* Notice sur la mort de M. *Fortassin*, Journal de MM. *Corvisart*, *Leroux* et *Boyer*, t. 9, p. 132. — Anc. Journal de méd., t. 2, p. 87.) L'auscultation médiate a appris que cette altération n'était que le degré le plus intense d'une des maladies les plus communes, l'hémoptysie; elle a montré en même temps que l'on avait à peu près ignoré jusqu'ici la cause la plus commune de cette dernière affection, qui est due le plus souvent à une altération particulière du tissu pulmonaire lui-même, et non à la rupture de quelques vaisseaux, comme le croyaient les anciens, ou à la diapédèse de la membrane muqueuse des bronches, comme on le croyait généralement dans ces derniers temps. De ces deux dernières causes de l'hémoptysie, l'une ne s'observe que dans les cas de plaie pénétrante de poitrine, de rupture d'un anévrisme, d'un tubercule

ramolli ou d'un abcès dans le tissu pulmonaire ou les bronches; la seconde n'a lieu que dans les hémoptysies légères et symptomatiques.

La gangrène pulmonaire partielle était à peu près inconnue jusqu'ici, au moins sous le rapport de sa véritable nature et de ses effets les plus communs. M. *Bayle*, le premier, avait décrit une partie de ces effets sous le nom de *phthisie ulcéreuse*, expression qui était propre à donner une fausse idée de la maladie. Il la regardait comme beaucoup plus rare qu'elle ne l'est effectivement, puisqu'aux cas qu'il a indiqués il faut ajouter ceux dans lesquels le malade guérit, et le cas assez commun où l'ouverture de l'escharre dans la plèvre détermine une pleurésie aiguë ou chronique.

Cette dernière maladie, quelque commune qu'elle ait toujours paru, l'est peut-être encore plus qu'on ne le pensait; et cette observation s'applique non-seulement aux pleurésies latentes chroniques, que les moyens ordinaires ne suffisent presque jamais à faire reconnaître, mais même aux pleurésies aiguës légères ou graves. C'est un des faits dont il est le plus facile de se convaincre, et qui frappe le plus lorsqu'on commence à se livrer à la pratique de l'auscultation médiate. Il en est de même de la péripneumonie, et surtout de celle qui n'occupe qu'une partie du poumon; de celle qui survient à la suite d'un catarrhe, ou qui complique une fièvre grave ou une maladie chronique. Le médecin le plus instruit et le plus attentif à l'examen des symptômes méconnaît le plus grand nombre de ces cas, dont il est difficile que plusieurs puissent échapper à celui qui se sert du stéthoscope.

Quand l'auscultation médiate ne donnerait pas d'autre résultat, on pourrait, ce me semble, la ranger parmi les découvertes les plus utiles à l'art de guérir; car, lors même qu'une pleurésie grave méconnue viendrait à guérir par les seuls efforts de la nature, il arrivera presque toujours que la lenteur de l'absorption et le long refoulement du poumon produiront un rétrécissement de ce côté de la poitrine, lésion qui rend pour toujours la respiration impar-

faite; et qui était encore inconnue, au moins sous le rapport de sa cause, avant que l'auscultation médiate eût donné un moyen exact de la reconnaître sur le vivant et de l'apprécier sur le cadavre.

§. IV.

L'auscultation médiate a jeté quelque lumière sur le traitement des maladies de poitrine, et a fourni des données utiles pour celui de plusieurs affections étrangères aux organes thoraciques.

1.° On a dit que l'auscultation médiate ne pouvait apporter aucune modification avantageuse au traitement de la phthisie pulmonaire. Cependant cette méthode ne donne-t-elle pas la possibilité d'employer avec plus de chances de succès, dans le traitement de cette maladie, les exutoires, et surtout les exutoires appliqués sur les parois de la poitrine? S'il est bien démontré, en effet, que les excavations tuberculeuses des poumons ne sont susceptibles de guérison qu'autant que la matière tuberculeuse ramollie est expectorée entièrement et qu'il se forme une cicatrice fistuleuse ou pleine, n'est-il pas assez probable que les cautères ou les moxas, rendus un peu profonds, et appliqués dans un point correspondant à l'excavation du poumon, pourront favoriser le travail de la nature et hâter la cicatrisation? N'aura-t-on pas surtout lieu d'espérer ce résultat dans les cas où il n'existera qu'une seule excavation dans le sommet de l'un des poumons? et l'observation démontre de plus en plus que ces cas ne sont pas très-rares. Depuis la publication du Traité de l'auscultation, on a vu à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. *Récamier*, plusieurs malades fort évidemment *pectoriloques*, quoique aucun d'eux ne présentât les symptômes de la phthisie et qu'ils fussent à l'hôpital pour des affections aiguës (1). Chez ces malades, la na-

(1) L'histoire d'un de ces malades se trouve consignée dans la bibliothèque médicale, cahier d'oût 1820, p. 201.

ture avait fait tous les frais de la guérison. Des moxas ou des cautères appliqués autour du siége de l'excavation ne peuvent certainement, dans des cas analogues, que favoriser ses efforts. Ces cas sont mêmes les seuls, à mon avis, dans lesquels on puisse recourir avec confiance à ce moyen de thérapeutique, et on a été peut-être trop loin en conseillant les moxas appliqués sur la poitrine dans tous les cas de phthisie confirmée. Il est évident qu'ils ne peuvent être qu'une cause de souffrances de plus pour les malheureux malades chez lesquels la pectoriloquie se fait entendre dans tout un côté de la poitrine. Dans ces cas on doit se borner au traitement bannal de la phthisie, et combattre chaque symptôme trop fatigant, afin de rendre plus supportable une maladie qu'on sait être incurable.

La nature et le degré de gravité de la maladie exactement connus rendront d'ailleurs les médecins plus hardis dans l'emploi de divers moyens énergiques conseillés tour à tour contre la phthisie, et feront reconnaître d'une manière plus précise l'indication de chacun d'eux. Tels sont les baumes de soufre anisé et térébenthiné, conseillés par SYDENHAM (*Processûs integr. de phthisi*); l'émétique, dont *Cullen* assurait avoir vu de très-bons effets (Élemens de médec. prat. de *Cullen*, trad. par *Bosquillon*, t. 2, p. 90.); l'emploi alternatif du foie de soufre calcaire et des narcotiques, conseillé par *Busch* (Recherches sur la nature et le traitement de la phthis. pulm., p. 125), etc.

Ces avantages ne sont pas tout-à-fait indifférens, et l'on doit y joindre encore celui de pouvoir distinguer avec facilité un catarrhe chronique d'une phthisie; distinction souvent précieuse sous le rapport du prognostic et sous celui du traitement. (*Voy.* Traité de la phthis. pulm., par M. *Baylé*, p. 115.) Sans doute il serait préférable que la découverte de l'auscultation médiate eût été accompagnée de celle d'un spécifique contre les tubercules; personne alors ne contesterait son utilité. Mais ce spécifique sera-t-il jamais trouvé? Un médicament, sous quelque forme qu'il soit administré, aura-t-il le triple pouvoir de ramollir la matière tuberculeuse,

d'empêcher les effets de son absorption, et d'aider la nature à mettre une séparation entre la partie saine et la partie malade?

2.° L'auscultation médiate peut modifier très-avantageusement le traitement des péripneumonies et pleurésies aiguës. En faisant apprécier avec la plus grande facilité l'étendue de l'engorgement des poumons dans la péripneumonie, et la promptitude avec laquelle se forme l'épanchement dans la pleurésie, elle doit mettre des bornes à l'usage des purgatifs, des émétiques, des toniques, etc., moyens que l'on prodigue si souvent encore dans le traitement de ces maladies, et qui, s'ils ont été quelquefois utiles, n'ont pu avoir d'autre avantage que de détruire une complication qui entravait la marche de la maladie, ou d'établir un nouveau point d'irritation propre à déplacer le premier. Elle seule peut indiquer avec exactitude le moment où on doit saigner et celui où il n'est plus permis de le faire; le moment où on doit recourir aux exutoires, et le lieu où leur application peut produire les meilleurs effets; le moment enfin où l'on peut administrer sans danger les toniques et les doux stimulans, qu'une convalescence trop lente nécessite quelquefois.

Mais c'est surtout dans le traitement des pleurésies et des péripneumonies chroniques que l'utilité de cette méthode d'exploration devient tout-à-fait évidente. On ne peut nier en effet que ces maladies ne fassent souvent le désespoir des médecins par l'obscurité de leurs signes, la lenteur de leur marche, et leur ressemblance avec une affection beaucoup plus terrible. On peut, je crois, avancer sans trop de hardiesse que beaucoup de péripneumonies et de pleurésies chroniques ne sont mortelles que parce que, les confondant avec la phthisie, les praticiens préfèrent rester tranquilles spectateurs de la destruction progressive de leurs malades plutôt que de les faire souffrir inutilement par l'application de moxas, de cautères ou de vésicatoires. L'auscultation, en empêchant une pareille erreur, ne permet plus de négliger des moyens de thérapeutique qui sont à peu près les seuls sur lesquels on doive véritablement compter dans le traitement des maladies dont il s'agit.

En fournissant des signes sûrs, à l'aide desquels on distingue sur-le-champ une pleurésie d'une péripneumonie, elle permet de varier utilement le mode d'application des exutoires thoraciques. Ainsi, dans les pleurésies chroniques, on peut sans crainte les rendre profonds, afin qu'attaquant le tissu cellulaire interposé entre les deux couches de muscles intercostaux, ils donnent la possibilité de recourir au besoin à une ponction facile et devenue nécessaire, dans le cas où le travail d'absorption ne se ferait pas; car il est des pleurésies chroniques dans lesquelles le travail d'absorption et la réunion des fausses membranes qui recouvrent la plèvre n'ont jamais lieu; et la nature, dans ces cas, semble tendre à établir une issue extérieure au liquide épanché dans la plèvre. M. *Laënnec* en a rapporté un exemple dans son ouvrage (*Voy.* Ausc. méd., tom. 2, p. 192); et on a vu depuis à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. *Récamier*, un homme qui y est resté pendant plus de quinze mois, et qui présentait une fistule de cette espèce. Cette fistule s'était établie presque spontanément, et pendant fort long-temps elle parut n'exercer aucune influence fâcheuse sur la santé du malade, quoiqu'elle fournît une assez grande quantité de liquide chaque jour. Mais il s'y joignit dans la suite un développement assez considérable de tubercules dans le poumon resté libre, et le malade succomba lentement sous l'influence de cette dernière affection.

Si la maladie est une pleurésie enkystée (cas qui se rencontre quelquefois, et que l'auscultation seule peut faire reconnaître), le moxa ou le cautère devront être placés vis-à-vis le siége de l'épanchement. Si c'est une péripneumonie chronique, et si l'absence du bruit respiratoire et du son dans un des côtés du thorax indiquent par leur prolongation que la nature n'est point assez forte pour déterminer par elle-même la résolution de l'engorgement et ramener le tissu pulmonaire à ses conditions naturelles, on pourra l'aider avec succès, ou même suppléer à son défaut d'énergie par une série de petits moxas, dont on appliquera le premier à la hauteur

à peu près de l'engorgement, et les autres successivement plus bas, à mesure que le retour du bruit respiratoire indiquera les progrès de la résolution. Ce moyen me semble d'autant meilleur qu'il est d'observation que la résolution des engorgemens péripneumoniques commence ordinairement par la partie supérieure. Cependant un séton large et profond, placé vis-à-vis le tiers inférieur du poumon, aurait probablement autant d'efficacité, surtout s'il y avait complication de pleurésie.

Enfin aux maladies chroniques dont il vient d'être parlé, et dont le diagnostic est le plus difficile, on peut ajouter les maladies aiguës de même espèce qui surviennent dans le cours d'une fièvre essentielle, ou dans les redoublemens d'une maladie chronique grave. Il n'est aucun médecin, parmi ceux qui font habituellement des ouvertures de cadavres, qui n'avoue avoir souvent reconnu par l'autopsie des affections de ce genre dont il n'avait pu soupçonner l'existence pendant la vie, et qui avaient été la principale cause de la mort.

3.° L'hémoptysie reconnaissant souvent pour cause l'altération particulière du poumon désignée sous le nom d'*apoplexie pulmonaire* (Ausc. méd., t. 2, p. 40), l'auscultation médiate peut avoir quelque influence sur son traitement. Ainsi l'indication de la saignée et celle des doux stimulans deviendra ici, comme dans la péripneumonie aiguë, beaucoup plus précise; le temps et le lieu de l'application des exutoires seront plus exactement déterminés; on évitera plus facilement toute erreur dans l'emploi de quelques médicamens qui peuvent être utiles dans certaines hémoptysies, mais qui seraient nuisibles dans celle-ci. Tels sont le quinquina et les astringens, souvent employés ou rejetés avec un peu de légèreté; l'émétique ou l'ipécacuanha, qui ont guéri des hémoptysies que la saignée aggravait, et qui sont ici essentiellement contr'indiqués, etc. L'apoplexie pulmonaire est une maladie tellement redoutable, pour peu surtout que l'engorgement ait une certaine étendue, qu'on ne peut regarder ces données comme indifférentes.

Assez souvent d'ailleurs elle est compliquée de quelque affection du cœur ; et comme son symptôme principal attire fortement l'attention, cette complication est presque toujours méconnue quand on se borne à l'examen des symptômes généraux. Le médecin, au contraire, qui explore avec soin la poitrine de son malade à l'aide du stéthoscope, ne peut manquer de reconnaître tout d'abord une pareille complication, et cette connaissance peut modifier son traitement.

4.° Le catarrhe pulmonaire, affection trop généralement regardée comme peu grave, est une de celles qui devront le plus à l'auscultation médiate sous le rapport du diagnostic, et par conséquent du traitement. Quelque commune que soit cette maladie, on était loin de connaître ses diverses formes et les accidens de nature différente auxquels elle peut donner lieu. Qui pourrait dire si la *peripneumonia notha* de SYDENHAM, l'*angina bronchialis* de STOLL, étaient des catarrhes pulmonaires ou des péripneumonies ? A quels signes distinguait-on le catarrhe chronique des praticiens de leur asthme humide, ou même de la phthisie ? L'auscultation médiate, en faisant connaître avec la plus grande facilité l'étendue dans laquelle la muqueuse bronchique est affectée, et le degré d'abondance et de consistance de la sécrétion, a levé toutes ces difficultés. Elle a montré que la gravité de la maladie est en raison directe de son étendue et de la consistance de la matière sécrétée ; que, dans les cas où la totalité de la membrane interne des bronches est affectée, le malade est en péril de mort, et la maladie ne présente presque aucun des symptômes ordinaires du catarrhe ; qu'il existe souvent pendant des mois, et même des années entières, un état catarrhal qui n'est annoncé ni par une toux notable, ni par l'expectoration ; que la plupart des toux dites *nerveuses* appartiennent à l'espèce de ces catarrhes secs dont l'effet naturel et très-commun est de produire l'*emphysème du poumon*, affection confondue jusqu'ici avec sa cause, et avec plusieurs autres maladies sous le nom commun d'*asthme* ; que l'*asthme sec* des praticiens désigne à la fois les cas extrêmes de ce

genre et des espèces de dyspnée fort différentes, comme celles qui sont dues aux maladies du cœur ou de l'aorte, à des tumeurs développées dans la poitrine, etc.; que les moyens spécialement indiqués contre le catarrhe sec sont les fondans alcalins, les savonneux et les sels neutres; qu'en les employant de bonne heure (ce qui est d'autant plus praticable qu'il est facile de reconnaître la maladie au plus léger degré), on peut prévenir des maladies très-graves; que l'effet le plus ordinaire d'un *rhume négligé* n'est pas de *développer* le germe de la phthisie pulmonaire, mais de *produire* l'asthme; que l'asthme humide des praticiens n'est quelquefois qu'une variété moins grave du catarrhe chronique, et gêne comme lui la respiration en obstruant un certain nombre de canaux bronchiques; que dans d'autres cas, au contraire, il est accompagné d'une dilatation notable de ces canaux, et d'une respiration plus énergique que dans l'état naturel; que c'est surtout dans ces derniers cas que l'on obtient de bons effets des narcotiques pris en substance ou sous forme de fumée; que les balsamiques et les spiritueux ne sont utiles que dans les catarrhes chroniques, dans lesquels les bronches sont habituellement assez libres, et le malade fatigué par une expectoration trop abondante; enfin que rien n'est plus rare que l'asthme purement nerveux ou sans catarrhe pulmonaire; qu'il se reconnaît à une respiration parfaite qui n'empêche pas l'oppression d'avoir lieu, qu'il existe souvent momentanément dans les fièvres essentielles et dans les attaques d'hystérie, d'épilepsie et d'hypochondrie, et que les narcotiques sont encore le meilleur moyen d'y remédier.

5.° L'auscultation médiate a rendu si facile et si clair le diagnostic du pneumothorax et des divers épanchemens formés dans les plèvres, que tout homme impartial conviendra sans peine des modifications avantageuses que le traitement de ces maladies a dû en recevoir. L'opération de l'empyème sera peut-être moins rarement mise en pratique (*Voyez* Ausc. méd., t. 1, p. 452. — t. 2, p. 177, 186 et suiv.) On pourra la pratiquer sans crainte et sans inconvé-

nient par la simple ponction ; et, en supposant que ce procédé ne vaille pas l'incision, il aura du moins sur elle l'avantage d'être à peine douloureux, d'effrayer beaucoup moins le malade, de donner la mesure de ce que la nature peut faire pour la guérison, et d'enhardir parlà à recourir à l'incision elle-même, comme le fit *Morand* dans le cas rapporté dans les Mémoires de l'académie de chirurgie, t. 2, p. 545. Qui sait même si l'expérience ne prouvera pas que, dans le cas dont il s'agit, ce célèbre chirurgien ne dut la guérison de son malade qu'aux deux ponctions exploratives qu'il osa faire avant d'en venir à l'incision, et qui ont dû au moins habituer les absorbans à reprendre leur action et le poumon à se développer de nouveau.

6.° Si l'auscultation médiate conduit à traiter mieux et plus sûrement presque toutes les maladies des poumons, ne peut-on pas dire qu'elle a un résultat presque aussi avantageux pour les maladies du cœur ? Les signes de ces dernières n'étaient-ils pas en effet plus obscurs encore que ceux des maladies des poumons ? Ne sont-ils pas devenus, pour la plupart, presque aussi clairs et aussi certains ? le traitement ne doit-il pas, par cela même, en devenir plus facile et plus souvent heureux ? On sait que les affections du cœur les plus fréquentes sont, l'hypertrophie de cet organe, la dilatation de ses cavités avec amincissement de ses parois, et la réunion de ces deux ordres d'affections. Croit-on que le traitement puisse et doive être le même dans les trois cas ? Croit-on que la méthode de *Valsalva*, si utile dans l'hypertrophie du cœur, réussirait également bien dans la dilatation de cet organe ? Il me semble que l'emploi réitéré des émissions sanguines, joint à un régime sévère, n'est applicable qu'à l'hypertrophie simple, ou compliquée seulement d'une légère dilatation ; que, quand la dilatation prédomine, on ne doit recourir aux saignées qu'avec beaucoup de modération, et qu'il faut renoncer à soumettre le malade à un régime sévère ; qu'enfin, lorsque la dilatation du cœur est la seule affection qu'on ait à combattre, on doit s'abstenir de tout traitement débilitant, et même recourir à un

régime tonique et fortifiant. Mais, comme la dilatation du cœur reconnaît souvent pour cause un obstacle mécanique au cours du sang, il faut avouer qu'un traitement dont on ne peut diriger l'action spécialement sur l'organe malade n'est pas susceptible d'une grande efficacité. Ceci est une des bornes de l'art ; et les maladies du cœur et des gros vaisseaux étant, plus souvent que celles du poumon, incurables de leur nature, et hors de l'action des moyens qui sont au pouvoir de la médecine, il en résulte que, quoiqu'on obtienne de l'auscultation des lumières à peu près égales sur les unes et sur les autres, les avantages qu'on en doit retirer sous le rapport thérapeutique seront toujours moindres dans les premières que dans les dernières.

7.° Enfin l'auscultation médiate a fourni à la médecine pratique quelques données utiles sur le traitement de maladies étrangères aux organes thoraciques, ou dont le siége principal n'est pas dans ces organes. On voit qu'il est question ici de la possibilité de reconnaître avec certitude, par l'auscultation, le plus ou le moins d'énergie du cœur, et par conséquent l'indication de la saignée. Cet avantage de la méthode d'exploration, défendue dans cette thèse, a été fortement contesté par quelques personnes. On a nié, avec *Bichat*, que les artères eussent une action propre, et par conséquent qu'il pût exister une différence entre la force du cœur et celle du pouls. L'autorité de *Bichat* est sans doute très-respectable ; mais l'opinion de cet excellent observateur n'est fondée que sur des considérations physiologiques et sur des expériences faites sur des animaux mourans dans les tortures. S'il eût pu examiner la question sous un autre point de vue, et comparer, comme on le peut faire aujourd'hui, le pouls et le cœur de quelques apoplectiques, ou d'un certain nombre de sujets attaqués de maladies du cœur, il eût reconnu en un quart d'heure, dans une salle d'hôpital, que, chez les premiers, le pouls est souvent très-fort quand le cœur est faible, et que, chez les seconds, le contraire a lieu fréquemment, lors même que la circulation se fait avec le plus de régularité. Il est

donc permis de croire, d'après un grand nombre d'expériences de cette nature, que l'auscultation des battemens du cœur est le seul moyen qui puisse, dans tous les cas, donner avec précision et certitude l'indication de la saignée. Je n'ignore pas que l'on peut aussi quelquefois obtenir le même résultat de l'examen du caillot de sang fourni par une saignée antécédente. Il est certain que la consistance de ce caillot est un indice sûr de la possibilité de réitérer la saignée; et qu'au contraire, lorsqu'il est diffluent et mou, on doit s'abstenir de ce moyen de thérapeutique, au moins jusqu'à ce qu'on ait relevé suffisamment les forces du malade. Mais ne se présente-t-il jamais de circonstances dans lesquelles une saignée explorative d'une once puisse avoir les plus grands inconvéniens?

Il est une autre observation physiologique facile à vérifier par le stéthoscope, et qui doit donner également des résultats avantageux dans le traitement d'un grand nombre de maladies : c'est la variabilité du besoin de respirer, suivant l'âge du sujet et les différentes circonstances de santé et de maladie. Le bruit respiratoire, et par conséquent le développement du poumon, se fait, chez l'enfant, avec une énergie quadruple au moins de celle qui existe chez l'adulte. Cette énergie diminue à mesure que l'enfant avance en âge; et peu de temps après l'époque de la puberté, le bruit respiratoire est tellement faible, qu'il faut prêter l'oreille avec attention pour l'entendre chez des sujets qui, quelques années auparavant, le présentaient de la manière la plus prononcée. Ces sujets n'ont cependant aucun sentiment de dyspnée; le besoin seul de respirer a diminué chez eux, et non pas la faculté; car, s'ils viennent à être attaqués d'une péripneumonie du côté droit, la respiration redeviendra à gauche ce qu'elle était dans l'enfance. La même chose aura lieu souvent dans certaines maladies qui n'affectent pas spécialement les poumons, et notamment dans les fièvres essentielles, et dans certaines attaques de nerfs avec ou sans convulsions. Et il est à remarquer que, dans ce dernier cas, la respiration, quoiqu'elle se fasse avec toute l'énergie possible et dans

toute l'étendue des poumons, ne suffit pas encore au besoin de respirer; car ce phénomène est toujours accompagné d'oppression. La nature seule peut déterminer cette différence dans l'énergie de la respiration, et l'homme le plus robuste, quelques efforts qu'il fasse, ne peut redonner spontanément au bruit produit par le développement de ses poumons ce caractère énergique et sonore qu'il avait dans l'enfance. La respiration redevient encore *puérile*, avec une oppression extrême, chez certains sujets attaqués de maladie du cœur. La poitrine est alors ordinairement peu sonore, quoiqu'il n'y ait aucune lésion organique du poumon; circonstance qui paraît due à l'accumulation du sang dans les capillaires de cet organe.

Dans ces divers cas, la connaissance positive donnée, par l'auscultation, de l'augmentation du besoin de respirer établit l'indication de diminuer ce besoin; indication qu'on peut regarder comme nouvelle en médecine pratique, quoique le principal moyen par lequel on peut la remplir (l'usage des stupéfians en substance ou sous forme de fumée) ait été employé d'une manière empirique et avec des succès variés contre diverses espèces de dyspnée. L'expérience des médecins qui se sont le plus servis de l'auscultation médiate prouve jusqu'ici que le succès, à un degré quelconque, sera toujours constant, lorsque l'on n'emploiera les narcotiques que dans les cas dont il s'agit. L'art de guérir est tout entier dans les indications, et une méthode qui en donne de nouvelles et qui fonde celles déjà connues sur une connaissance plus exacte du siége et de la nature de la maladie, ne peut, ce semble, être regardée comme inutile à la pratique médicale.

§ V.

Les objections que l'on a faites ou pu faire contre l'auscultation médiate se réduisent à peu près à celles-ci : 1.° cette méthode d'exploration est difficile, et demande beaucoup d'étude et d'exer-

cice; 2.° elle exige beaucoup de temps dans son application; 3.° ses résultats, examinés, ont été trouvés inexacts ou peu concluans; car on ne peut regarder comme une objection celle dont il a déjà été parlé dans cette dissertation (page 7), savoir : « que cette méthode fera perdre aux médecins leur habileté à *conjecturer.* » Autant vaudrait-il, ce me semble, conseiller aux hommes de renoncer à l'usage des bateaux, afin de se rendre plus habiles dans l'art de nager.

1.° La première de ces objections est presque la seule qui ait été faite, ou du moins développée avec une certaine étendue, par ceux des analystes de la médecine qui ont jugé l'auscultation médiate avec le plus de défaveur. (Dictionnaire des sciences médic., t. 40, p. 18, et nouveau Journal de méd., cahier de novembre 1819.) On a dit que cette méthode exigeait des sens bien disposés, une grande attention, une patience à toute épreuve, et une étude longue et pénible; que la connaissance n'en pouvait être transmise par la voie d'enseignement, et que, pour l'acquérir, il fallait recommencer de soi-même toutes les recherches de l'inventeur, et employer à ces essais autant de temps qu'il en a mis pour arriver à quelques résultats positifs. Il est certain qu'un sourd ne peut tirer aucun avantage de l'auscultation médiate, et même qu'un homme qui a l'ouïe dure à un degré assez médiocre en tirera fort peu, surtout s'il n'a pas étudié cette méthode avant l'époque à laquelle a commencé son infirmité; de même qu'un enfant qui naît avec un certain degré de dureté d'ouïe, reste complètement sourd et muet, si on ne lui rend la faculté d'entendre par l'éducation longue et pénible dont M. *Itard* a tracé le modèle. Mais, de ce que les télescopes ne peuvent servir aux aveugles, et de ce que les lunettes ne peuvent remédier à toutes les infirmités de la vue, on n'a pas conclu que ces instrumens fussent inutiles. Il est bien vrai aussi que, sans attention, sans patience et sans étude, on ne peut guère parvenir à se servir avec une certaine habileté du stéthoscope. Mais on pourrait en dire autant de beaucoup d'autres instrumens dont l'usage est cependant devenu universel. Parmi ceux des arts mé-

caniques, par exemple, le tour est à la fois celui qui produit les résultats les plus extraordinaires, et celui que l'on apprend le plus facilement à manier avec adresse. Quelques jours d'exercice suffisent pour rendre l'apprenti le plus maladroit capable de faire en un quart d'heure une colonne que le plus habile sculpteur ne ferait pas en huit jours, et qu'il ne ferait jamais aussi parfaitement; quelques mois le mettent à même d'exécuter des ouvrages que l'imagination même a peine à comprendre. Cependant, lorsque pour la première fois il a essayé de diriger son ciseau sur un morceau de bois mu par la roue, la pédale fuyait sous ses pieds, l'objet s'échappait devant lui; l'outil, flottant ou sautant, repoussait une main incertaine, déchirait sans couper, ou, mordant brusquement dans le bois, arrêtait tout le mécanisme. Si l'ouvrier s'en fût tenu à ce premier essai, ou s'il se fût contenté de le répéter de loin en loin et pendant quelques minutes seulement, il eût pensé sans doute que le tour était un mauvais instrument, utile tout au plus entre les mains de quelques gens doués d'une grande dextérité; et si l'invention eût été nouvelle, s'il n'en eût connu les résultats que par le rapport de l'auteur et de ses premiers élèves, il eût fort bien pu se croire la dupe d'une mauvaise plaisanterie. L'étude de l'auscultation médiate demande certainement beaucoup moins de temps, d'aptitude naturelle et d'application que celle du tour; et l'on peut assurer, sans crainte d'être démenti par les médecins qui en ont fait l'expérience, que, dans un hôpital, on peut en quelques jours se convaincre pleinement de l'utilité de cette méthode; que, dans un mois, on peut apprendre à reconnaître sûrement la plupart des maladies des poumons et du cœur, et qu'en moins d'un an on doit acquérir toute la précision de diagnostic que donne l'usage du stéthoscope.

2.° L'objection la plus plausible que l'on eût pu faire contre l'emploi de l'auscultation médiate, eût été celle-ci : « L'élève ou le médecin qui cherche de bonne foi à reconnaître par lui-même ce qu'il peut y avoir de vrai ou de harsardé dans les assertions de

l'auteur de cette découverte, et surtout celui qui se livre à cet examen seul et sans le secours d'un explorateur plus exercé, lors même que dès ses premiers essais il reconnaîtrait quelques faits assez intéressans pour l'engager à poursuivre ses recherches, trouvera toujours un grand inconvénient à cette méthode, celui de demander beaucoup de temps. » En effet, il lui semblera pendant long-temps qu'il faut au moins un quart d'heure pour examiner complètement et dans toute l'étendue de la poitrine, la voix, la respiration, le râle et les battemens du cœur; puis, comme le nombre des affections de poitrine idiopathiques ou symptomatiques, qui ne sont indiquées par aucun trouble notable des fonctions locales est très-considérable, il en conclura que, pour qu'aucun cas grave ne lui échappe, il faut examiner de cette manière la poitrine de tous les malades; d'où il résulterait que, pour faire une visite d'hôpital, il faudrait quatre fois plus de temps que n'en met ordinairement un médecin exercé, et que, pour reprendre un service devenu nouveau pour lui, par une interruption de quelques jours, il lui faudrait une journée entière.

Cet inconvénient n'est cependant qu'apparent. On n'explore la poitrine que dans trois cas: 1.° lorsque le siége de la maladie paraît être dans cette cavité; 2.° lorsque, le siége de la maladie étant ailleurs, on peut craindre cependant qu'il n'existe en même temps quelque dérangement dans les fonctions des organes thoraciques; 3.° lorsque dans les symptômes généraux on ne voit rien qui indique précisément quel organe peut être principalement affecté. Dans les deux derniers cas surtout, il semble d'abord que la nouvelle méthode d'exploration expose le médecin qui l'emploie à perdre un temps considérable auprès de ses malades, et à prendre beaucoup de peine pour n'obtenir souvent qu'un résultat négatif, c'est-à-dire pour apprendre que les fonctions des organes thoraciques se font bien ou ne sont pas assez essentiellement altérées pour mériter une attention particulière. Quoique ce résultat soit déjà assez utile par lui-même, on doit avouer qu'il serait trop chèrement

acheté, surtout dans les hôpitaux, si, pour l'obtenir, il fallait donner chaque jour à tous les malades un quart d'heure d'un examen attentif et pénible. Mais il n'en est pas ainsi. Lorsque, sans aucune donnée préalable, on cherche à s'assurer de l'état dans lequel peut être la poitrine d'un malade, on doit d'abord examiner la respiration dans six points principaux : au-dessous des deux clavicules, sur les côtés, et un peu au-dessous des omoplates. Si la respiration est parfaite dans ces points, et si en même temps l'on n'entend ni les battemens du cœur, ni râle prochain ou éloigné (toutes choses dont une oreille un peu exercée juge dans le même instant), on peut se dispenser de pousser plus loin l'examen. Dans les hôpitaux, cette exploration, faite par le médecin et par un élève exercé, qui examinent en même temps, l'un le côté droit et l'autre le côté gauche, ne demande pas plus d'une minute pour chaque malade, si la respiration est parfaite; car une ou deux inspirations suffisent pour en juger dans chaque point. Si l'on trouve quelque altération dans la respiration, ou si l'on entend en même temps un bruit quelconque qui lui soit étranger, il faut sans doute pousser l'examen plus loin; mais alors on n'a pas lieu de regretter sa peine, et souvent même on donne moins de temps au malade que n'en passerait à conjecturer un médecin qui se bornerait à l'observation des symptômes de la maladie. S'il s'agit d'une pleurésie, soit que la percussion ait annoncé ou non qu'un côté de la poitrine est affecté, la diminution notable ou la cessation du bruit respiratoire l'indiquera dès le premier instant de l'application du cylindre sur ce côté. L'absence du râle devra faire explorer la racine du poumon, pour savoir si la maladie est un emphysème pulmonaire ou une pleurésie; et la persistance de la respiration dans ce dernier point, jointe à l'égophonie, levera toute espèce de doute. Une ou deux minutes au plus suffiront pour un semblable examen, et en général pour s'assurer complètement de l'état des poumons et du cœur sur chaque malade. Trois ou quatre minutes suffisent pour les cas les plus compliqués et qui

présentent le plus d'observations intéressantes à faire. J'étais présent lorsque M. *Laënnec* établit le diagnostic de celui qui fait le sujet de sa 42.e observation. A la première application du stéthoscope sur le côté gauche, l'absence de la respiration, coïncidant avec une résonnance parfaite de ce côté, lui indiqua le pneumo-thorax. Le tintement métallique entendu dans le même instant lui fit soupçonner la complication d'empyème, dont il fut aussitôt assuré par la succussion hippocratique. Il n'eut plus ensuite qu'à constater l'état dans lequel se trouvait le côté droit, et à apprécier par la mensuration la différence de volume qui existait entre les deux côtés. Toutes ces observations ne demandèrent pas plus de cinq minutes, quoique M. *Laënnec* eût fait répéter en sa présence plusieurs d'entre elles par trois ou quatre élèves. Il en agissait ainsi chaque jour pour tous les cas intéressans; et cependant son service, composé de cent lits, ne l'occupait jamais plus d'une heure et demie; et lorsqu'il n'y avait pas beaucoup de malades nouveaux ou de cas graves, il n'y mettait pas plus d'une heure. Il faut remarquer d'ailleurs que la vérification journalière de l'état d'un malade ne demande pas, à beaucoup près, autant de temps qu'un premier examen. Dans une pleurésie, par exemple, il suffit d'appliquer chaque jour le stéthoscope à la racine du poumon et au-dessous de la clavicule, d'écouter une inspiration, et de faire prononcer quelques mots, pour savoir si l'épanchement augmente ou diminue. Il en est de même dans tous les autres cas. La nature et l'étendue du mal une fois bien constatées, l'application du stéthoscope dans un ou deux points suffit pour qu'aucun changement notable ne puisse avoir lieu sans que le médecin en soit averti. Enfin il faut observer que l'emploi habituel de l'auscultation, aidée de la vérification des diagnostics par l'autopsie, donne, au bout de peu de temps, au médecin qui l'emploie dans un hôpital, assez de confiance en elle pour qu'il puisse se reposer sur quelques élèves exercés du soin de la vérification journalière dont nous venons de parler, et même du premier examen de tous les malades

entrans dont l'état ne demande pas de prompts secours. Il n'a plus alors qu'à vérifier lui-même, à la fin de sa visite ou le lendemain, leur feuille de diagnostic.

3.° La meilleure objection qu'on puisse faire contre une observation quelconque est sans doute celle-ci : « Je l'ai répétée, et je l'ai trouvée fausse ou inexacte. » Mais si, parmi les hommes qui ont répété une expérience, les uns la trouvent juste et les autres fausse, la probabilité, toutes choses égales d'ailleurs, sera en faveur des premiers; car, en fait d'observation, il faut beaucoup de témoignages négatifs, et des témoignages de beaucoup de poids pour infirmer même un petit nombre de témoignages positifs. Il est plus naturel à l'homme de ne pas réussir dans une chose dont il n'a pas l'habitude, et de tirer de ce défaut de succès la conséquence qu'elle est impossible, que de vaincre par la patience les premières difficultés, ou de les surmonter sans peine à l'aide d'un heureux concours de circonstances et de facultés naturelles. Dans le cas dont il s'agit, l'objection est plus faible encore. Les hommes qui l'ont proposée avouent n'avoir essayé l'auscultation médiate qu'un petit nombre de fois. Les uns ont reconnu quelques faits principaux (Journ. complém. du Dict. des sc. médic., t. v, p. 52); les autres n'en ont pu reconnaître aucun, pas même les plus saillans, tels que la pectoriloquie et le bruit respiratoire. (Dict. des sc. médic., t. 40, art. *pectoriloque.*—Nouveau Journal de médec., etc., cahier de novembre 1819.) Aucun cependant n'a tiré d'autre conclusion de ses essais, si ce n'est qu'il en faudrait faire de plus nombreux pour savoir ce qui est ou n'est pas. Mais peut-on regarder ces essais comme bien exacts? Lorsque l'observateur n'a pas entendu le bruit respiratoire chez un enfant et la pectoriloquie chez un sujet attaqué d'un ulcère du poumon, ne peut-on pas croire qu'il a certainement manqué à la première condition de l'expérience, celle d'appliquer exactement le stéthoscope? »

Les témoignages positifs en faveur de l'auscultation médiate, bien que peu nombreux encore, sont au contraire d'un grand poids,

parce qu'ils sont portés par des médecins qui l'ont expérimentée. On peut citer entre autres celui de MM. *Cayol* et *Récamier*, qui se servent habituellement de cette méthode d'exploration, et qui ont souvent l'occasion de vérifier l'exactitude de ses résultats. On peut citer également celui de MM. *de Kergaradec* et *Delens*, les seuls d'entre les hommes qui s'occupent de la littérature médicale qui se soient donné la peine de juger l'auscultation médiate en connaissance de cause. « Nous avons soigneusement comparé, dit M. *de* « *Kergaradec*, les signes rationnels des maladies de poitrine avec « ceux que fournissait le stéthoscope, les uns et les autres avec « l'état des parties, lorsque l'issue funeste de la maladie nous en a « permis l'inspection; et si l'occasion nous a manqué de vérifier « sur tous les points les avantages attribués au nouveau moyen « de diagnostic, du moins avons-nous pu, dans un grand nombre « de cas, nous assurer de son exactitude et des lumières précieuses « qu'il est susceptible de répandre sur les signes équivoques ou « obscurs, si communs dans les maladies des viscères thoraciques. » (Biblioth. médic., t. XLVIII, p. 294.)

« A peine la découverte de M. *Laënnec* fut-elle connue, dit « M. *Delens*, qu'elle excita l'attention générale. Si quelques mé- « decins compromirent assez leur jugement, et la dignité même de « leur caractère, pour n'y trouver qu'un sujet de caricature ou de « plaisanterie, le très-grand nombre au contraire s'empressa d'ac- « cueillir un moyen qui promettait d'éclairer le diagnostic d'un « ordre important de maladies. . . . . » Et plus loin : « Il importe « d'annoncer ici que tous ou presque tous les phénomènes indiqués « par M. *Laënnec* ont été depuis vérifiés, et prennent rang aujour- « d'hui, pour ceux du moins qui ont l'habitude du stéthoscope, « parmi les signes les plus évidens des maladies. . . . . L'usage du « stéthoscope exige, il est vrai, du tact, du jugement, et du dé- « vouement pour les malades; mais on n'est pas médecin sans ces « trois qualités; et cet instrument, jugé et apprécié par d'excellens « esprits, ne peut avoir désormais pour détracteurs que les sourds

« ou ceux qui ne veulent pas entendre. » (Dict. des sc. méd., t. 52, p. 586.)

Après de semblables témoignages, auxquels on pourrait encore ajouter ceux de plusieurs praticiens recommandables qui ont été témoins de quelques diagnostics notables vérifiés sous leurs yeux par l'ouverture des cadavres (*Voyez* Ausc. méd., obs. 39, 42, 43, etc.), celui des élèves qui se sont exercés à l'auscultation médiate est sans doute de peu de poids. Peut-être même leur âge les expose-t-il plus facilement à être séduits par les choses qui présentent un côté brillant. Mais cependant, comme il s'agit ici principalement de perceptions qui tombent immédiatement sous les sens, de facilité ou de difficulté à employer un procédé, et que la jeunesse a sous ce rapport des avantages qui peuvent contre-balancer ses inconvéniens, je ne crois pas devoir négliger ce témoignage. J'ose dire, sans crainte d'être démenti par ceux de mes condisciples qui ont le plus étudié l'auscultation médiate, qu'ils n'ont pas trouvé son application difficile, qu'ils en ont obtenu plus ou moins de résultats que l'on ne peut obtenir par aucun autre moyen, et qu'il n'est aucun d'eux auquel il ne soit arrivé plus d'une fois de porter un diagnostic exact sur des maladies dont le médecin chargé de les traiter n'a reconnu l'existence qu'à l'ouverture des cadavres. Sans doute toute la médecine n'est pas dans un diagnostic exact, et l'élève ne doit pas pour cela se préférer à ses maîtres et mépriser leur expérience sous d'autres rapports. Mais il n'oubliera pas du moins qu'en médecine, bien connaître est déjà quelque chose, et qu'un grand-maître a dit de l'étude des signes : « *Melius esset nil omninò de medicinâ scire quàm σεμειωτικων ignorare.* » (Boerh., *Meth. stud. medic.*, pars 10.)

SENTENCES D'HIPPOCRATE.

I.

Dans toutes maladies, on doit s'attacher à deux choses : à être utile, ou à ne pas nuire. — Ἀσκειν περὶ τὰ νουσήματα δύο· ὠφελεῖν, ἢ μὴ βλάπτειν. *Epidém.*, *liv.* 1, *sect.* 2.

II.

Dans toutes les maladies des poumons et des plèvres, il est bon que l'expectoration soit prompte et facile. — Πτύελον χρὴ ἐπί πᾶσι τοῖσιν ἀλγήμασι, etc. *Prognost.*, *liv.* 2, *aph.* 38. — *Coaques*, *liv.* 5, *aph.* 32.

III.

Toute expectoration qui ne fait point cesser la douleur est un mal; l'expectoration quisoulage est au contraire des plus favorables. — Πάντα δὲ πτύελα πονηρά ἐστιν, etc. *Prognostiques*, *liv.* 2, *aph.* 47. — *Coaques*, *liv.* 5, *aph.* 34.

IV.

Les douleurs qui ont leur siége dans la poitrine, et qui ne sont soulagées ni par l'expectoration, ni par la saignée, ni par la diète, doivent faire craindre une suppuration. — Ὅσα τέ τῶν ἀλγημάτων, etc. *Prognost.*, *liv.* 2, *aph.* 48. — *Coaques*, *liv.* 5, *aph.* 37.

V.

Lorsque le côté se remplit de pus, il faut porter le fer ou le feu dans le lieu où se manifeste de la tuméfaction. — Ὁκόταν ἔμπυον γένηται τὸ πλευρόν, etc. *Des maladies internes.*